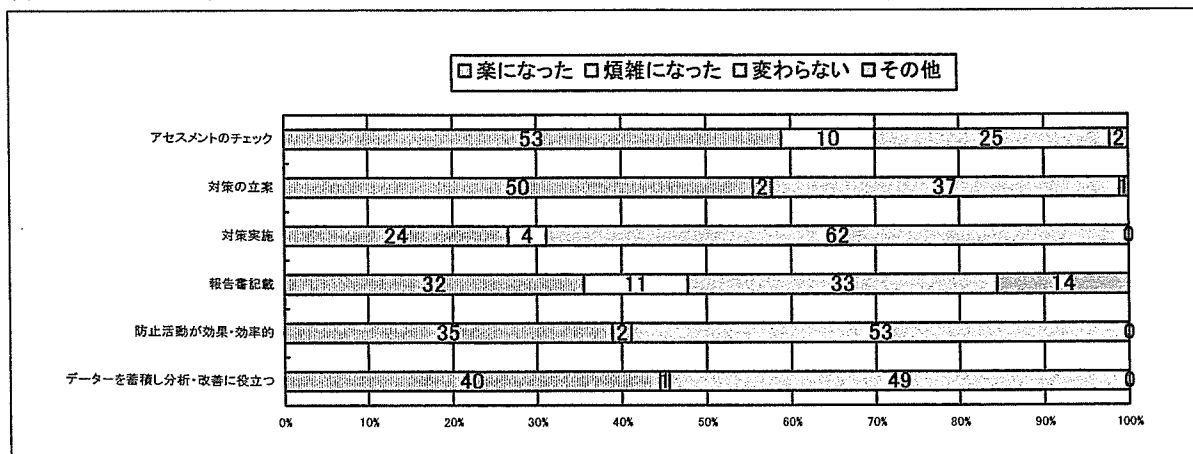


4.3 結果

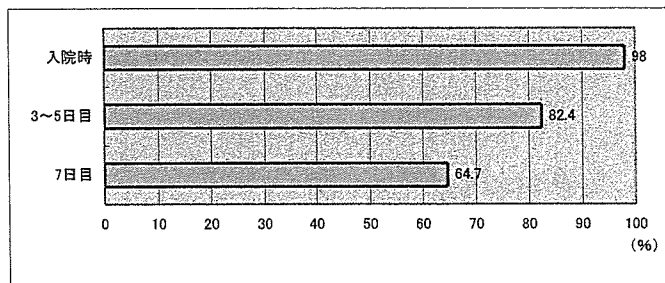
4.3.1 看護師意識調査

対象者は、看護師 105 名、回収率は 86%であった。

「アセスメントのチェック」と「対策の立案」が楽になったが 50%以上であるが、「対策の実施」は楽になったが 24%と低く、変わらないが 62%であった。アセスメントの入力と報告書の記載が煩雑になったと回答していたものが 10%あった。これは PC 入力に影響していると考えられる。

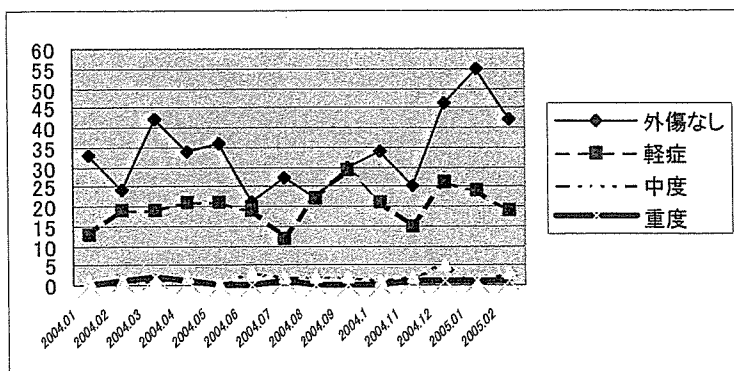


4.3.2 入力実施状況



意識調査と並行して、実際の入力状況を PC の画面から調査した。入院時は殆どアセスメント入力できていたが、日を経るに従って入力率が低下していた。

4.3.3 転倒転落事故件数の推移



2004 年の 12 月からの運用開始に合致して転倒転落件数が増加している。しかし、外傷なしが増加し、軽度・中度・重度の数にはあまり変化は見られない。これは、システムが稼動したことで、漏れなく報告されるようになり、実態に近い数が把握出来る様になったと考えられる。

5. 結論と今後の課題

転倒転落入カシステムの導入は、以下のことより有用性が高いと考えられた。

- ① 個別のアセスメント、個別の対策立案を漏れなく効率的に行なえた
- ② 事故報告書が簡便になり、より正確な情報収集が可能となった
- ③ 転倒転落の要因解析やその推移の観察が容易となった

今後の課題としては、蓄積されたデータからアセスメント、対策の検証を行なうこと。また、効果・効率的に転倒転落防止活動を行い、事故による大腿骨頸部骨折や外傷性くも膜下出血などを防止することである。

目次

1. はじめに
2. TQM活動組織と体制
3. 改善の取り組み

患者満足度向上のための質改善プロジェクト

1. はじめに

当院は昭和 23 年に日本医療団成田地方病院（元海軍病院）から日本赤十字社に移管され成田赤十字病院として病床数 100 床・職員 65 名で発足。昭和 29 年に成田山門前より現在の所在地である成田市飯田町に移転し以後増築・増床を重ね、平成 12 年 6 月の新本館の完成とともに内服および外用薬の処方にオーダリングシステムを導入。現在、総病床数 719 床、診療科数 19 科、職員 950 余名の北総地域の中核的総合病院並びに臨床研修指定病院、地域がん診療拠点病院として高度医療の提供と研修医教育、県下唯一の赤十字病院として救急医療、災害救護に携わっている。「人道・博愛」の赤十字理念を基調として医療の質の向上、安全な医療の提供、患者様の権利の尊重、医療人としての倫理の遵守、患者様中心の「こころあたたかい医療」の実践を病院の基本理念としている。平成 13 年 9 月に NDP 改善プロジェクトを推進する委員会として TQM プロジェクト委員会が設置され、以後「危険薬の誤投与防止」及び「臨床研修の安全管理」をテーマとして改善活動を行う。平成 16 年 3 月日本病院機能評価機構の認定を取得。平成 16 年 8 月に患者満足度向上のための質改善プロジェクト組織を設置し、平成 15 年 9 月に実施した試験的に実施した NDP 患者体験調査（外来）の調査結果に基づいて活動を展開している。

2. TQM活動組織と体制

平成 13 年 9 月に NDP 改善プロジェクトを推進する委員会として、TQM プロジェクト委員会が設置された（図 1）。メンバー構成は委員長以下 18 名で各部署、各委員会からの代表者で組織されており、Q エキスパートは現在 8 名で活動し、委員会の中心的役割を担っている（表 1）。平成 16 年 8 月に患者満足度向上のため質改善プロジェクトに TQM プロジェクト委員会委員が参加し「患者満足度向上のための質改善活動」に取り組む体制を整えた。また、平成 15 年から継続実施している「危険薬誤投与防止活動」については、医療安全管理委員会と TQM プロジェクト委員会が緊密な連携を図り、「注射薬指示の標準化」の一環として注射処方箋記載マニュアル作成作業グループを組織化した。また、「経口用液剤の計量シリンジの使用法の標準化と周知」については、看護部リスクマネジメント部と TQM プロジェクト委員会が連携して改善活動を関係部署と連携して展開している。

3. 改善の取り組み

1) 患者満足度向上のための質改善プロジェクト

平成 16 年 8 月当院で平成 15 年秋に実施した NDP 患者体験調査（外来）の結果に基づき、院長からの指示で患者満足度向上のため質改善プロジェクト組織を立ち上げ改善活動を実施することとした。

現状の把握

期間：平成 15 年 9 月 20 日～平成 16 年 1 月 15 日

対象者：外来患者600名（平成15年9月外来患者：Picker調査）

患者体験調査：NDP主催の試験的患者体験調査

調査結果

調査項目となったアクセス、情報提供と啓発、意向と尊厳の尊重、心情面のケア、ケアの統合性と継続、対話環境の6つの項目全てにおいて、早急に問題解決が必要なトッププライオリティーに属することが判明した。（図3～11）

改善活動の目的

目的を（1）患者様から信頼と好感を持たれる病院を作る（2）病院経営基盤の安定化を図る（3）職員が働きがいを持てる職場を作ることとした。

目標

「家族や知人に成田赤十字病院を薦める」人の割合を高めることとし、NDPが行った患者体験調査を参考とし「当院を家族・友人に薦めない人の割合」を平成18年6月までに33.1%から20%以下にすることとした。調査項目の全てにおいて早急に改善を要するとの結果が示されたことから当院の受診患者様が当院外来受診を他の人々に勧めることの増加数そのものが患者満足度の向上につながるという理由でこの指標が設定された。

改善方法と組織

評判の悪い点は病院の全領域に及んでいたことから、評判の悪い原因を、人（全職員）物（建物、場所、機器）、システムの3つに分け、これらの視点からQC手法を用いて改善を進め、各テーマ別に改善チームを編成して、それぞれ数値目標を設定し、2年以内の達成を目指すこととした。

改善チームの編成

第一班：病院職員（医師、看護師、コメディカル、事務等、全職員）の質改善は委員16名 顧問（副院長）医師4名 看護師5名 薬剤師2名 事務4名
第二班：病院のシステムや連携などの質改善は、委員18名 顧問（副院長）医師2名 看護師5名 薬剤師1名 放射線技師1名 検査技師1名 事務7名
第三班：物（建物、場所、機器その他）についての質改善は、委員11名 顧問（事務部長）医師2名 看護師4名 薬剤師1名 事務3名

活動日程

日程は（1）平成16年8月～平成16年10月31日は不平・不満・悪い評判などの集計分析及び改善計画案作成、（2）平成16年11月1日～平成17年5月31日は改善活動推進、巡回、チェックリスト実施状況など把握（3）平成17年6月1日～平成17年8月31日は評価と分析、アンケートなど活用（4）平成17年9月1日～平成17年12月31日は活動の見直しと再計画（5）平成18年6月に目標達成予定のため、以後再計画に基づいた実行と新入職員への徹底とした。各改善チームの取組

第一班（人）は、1. 患者様の不満の把握と要因解析では1）患者満足度調査、経験調査等の分析と2）問題点の要因解析の実施 2. 工程表の作成と問題点、介入点の探索 3. 職員への啓発、動機付けの検討では1）職員の意識調査の実施2）職員満足度調査の実施、再調査の検討を進める。

1. 工程表の作成 2. 患者様の不満の内容の洗い出し 3. 不満エリアの抽出を進める。

1. 投書などによる問題点の検討では(1)標識・標示が判りにくく、待ち時間にリンクすること。(2)駐車場に入れず、交通渋滞を招き、道路では一般の方にも迷惑をかけていること。2. プライバシー・利便性の向上では(1) 介助トイレが奥にあることや便座シートがないこと。(2) 患者様への待ち時間等の情報発信がないこと。(3) 外来に相談できる所がないこと。3. トータルアメニティーの改善を進める。

1 予約システムについて 27.59%の方が改善を希望する。2 待ち時間の短縮・待合対策では、36.21%の方が改善を希望する。3 施設・設備の改善では、6.90%の方が改善を希望する。4 従事者の資質・態度では 15.52%の方が改善を希望する結果となっていた。

(図14) 外来患者経験調査は、不満の要因として“長い待ち時間”が最も多かった。待ち時間のクレームが多い部署は、中央採血室、内科外来初診、再診予約変更受付の三箇所それぞれ改善策実施前の調査票を現在検討している。また、中央採血室前の待ち時間に関してアンケート調査を実施したところ図2の結果となった。

その他の調査、研修

患者満足度アンケートとして「臨床指標を用いた医療の質向上に関する国際共同研究」に参加し、入院調査を平成16年11月1日(月)～11月27日(土)の4週間の期間中に退院する方で、ご自身で回答できる方全てに実施した。そして外来調査については、平成16年11月15日(月)～11月16日(火)の2日間に外来受診した方で、ご自身で回答できる方全てに実施した。また、職員全体の意識改革を図るため講演会を平成17年1月17日に聖隷浜松病院から講師を招き「患者様に選ばれる病院作り」をテーマに開催した。

第一班(職員の質改善)武蔵野日赤病院など3病院の見学実施、身だしなみ、言葉遣い等、年2回の研修開催、職員意識調査のためアンケート調査予定と報告した。第二班(システム・連携等の質改善)は、患者様アンケート実施中、採血室、内科初診待ち時間、予約変更等改善策検討中。第三班(物についての評判向上)は患者様アンケート実施中、駐車場、緑地の案内表示、疾病のパンフレット希望、不備についての不満有りと報告した。また、3月17日委員長から各班長に対して改善プロジェクト取組に際しての次の指示事項が伝達された。1)プロジェクト活動の評価方法の数値化。2)全職員参加型プロジェクトの形成 3)花時計、病院誌への投稿促進 4)プロジェクト活動発表会開催の項目と併せて患者様への周知内容としてアンケート協力へのお礼とアンケート結果の公表を行うよう指示があった。

プロジェクトの課題

活動をスタートさせて8ヶ月経過後、プロジェクトのわかった課題は、1)目的の明瞭化 2)改善活動手法の周知 3)改善活動に対する各委員間の意識の隔たり(目的、目標、方法)の是正 4)改善チーム間の連携の強化 5)既存委員会との連携の5つであった。加えてこの改善活動を継続的に維持発展させていくためには、6)改善活動に対する経済的・人的・物的制約の打破 7)QC活動からTQM活動への発展 8)全職員への普及・啓発が必修であったことである。

図 1

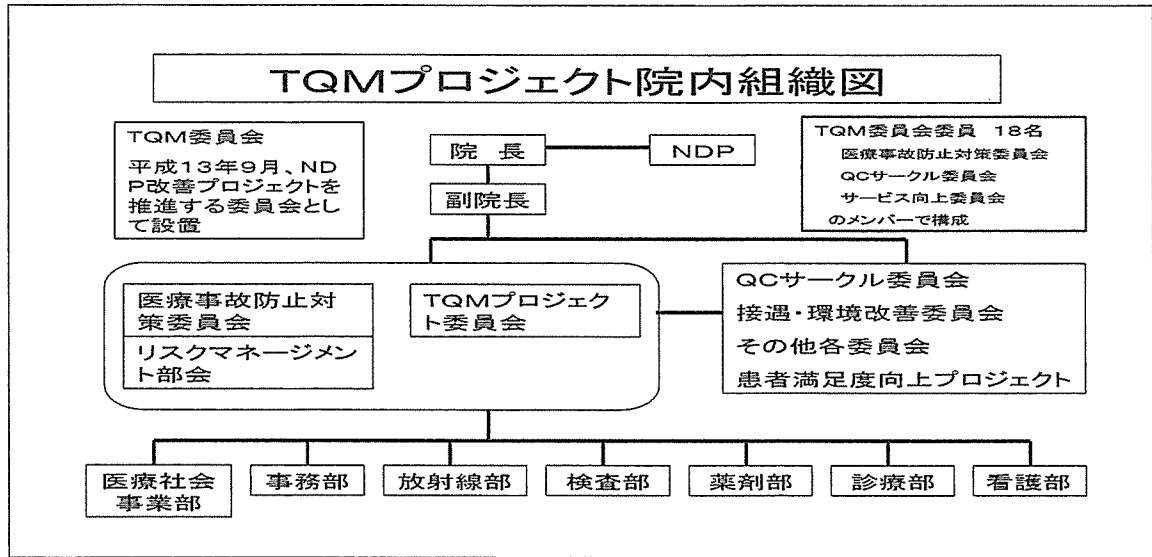


図 2

採血までの待ち時間の印象は？

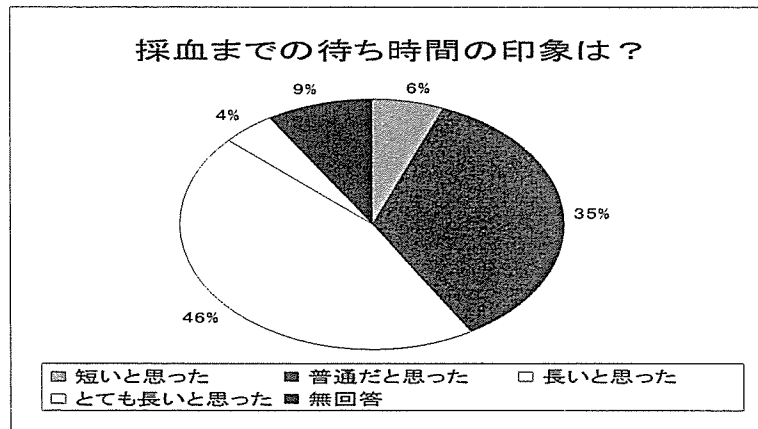


図 3

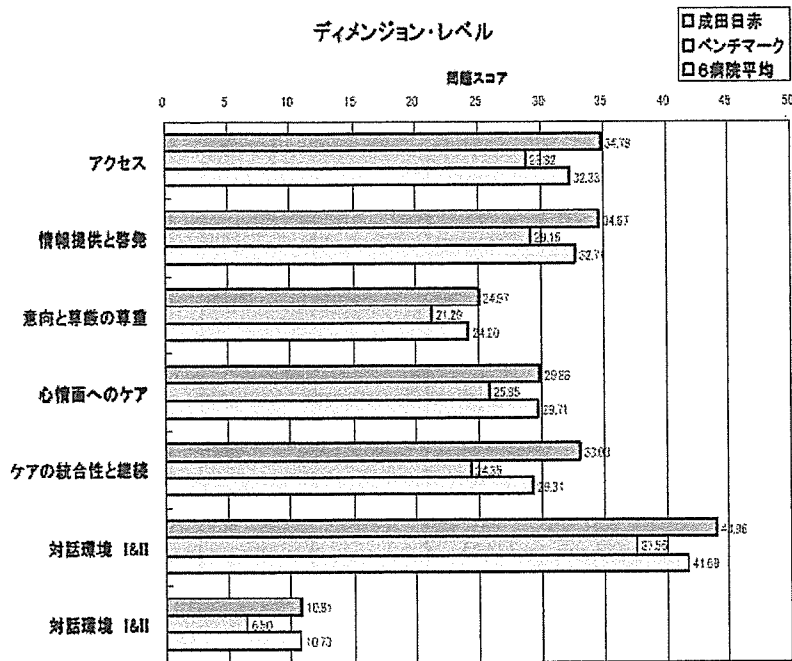


図 4

全外来患者

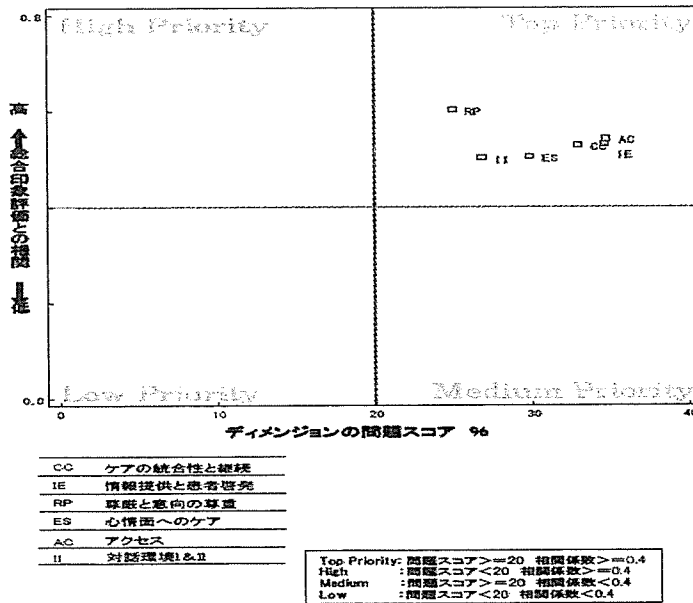
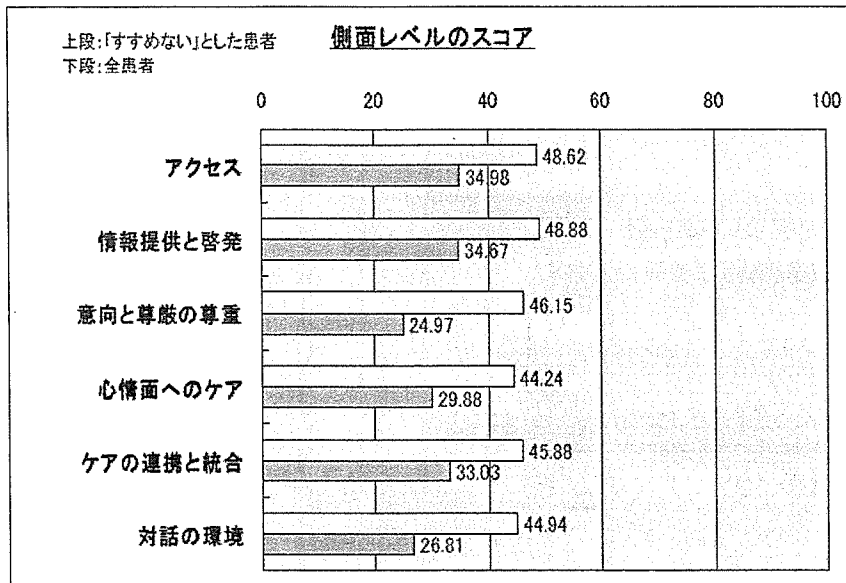


図 5



16

図 6

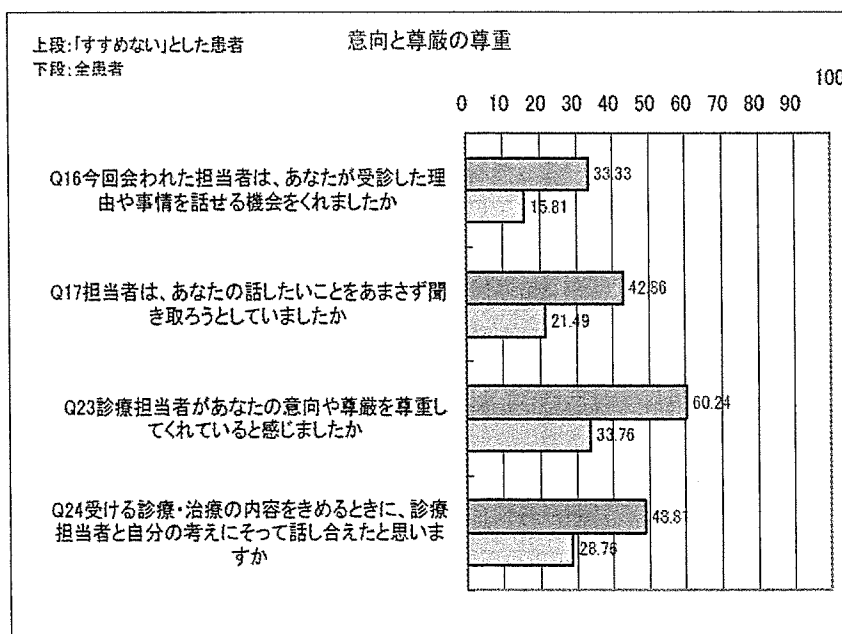


図 7

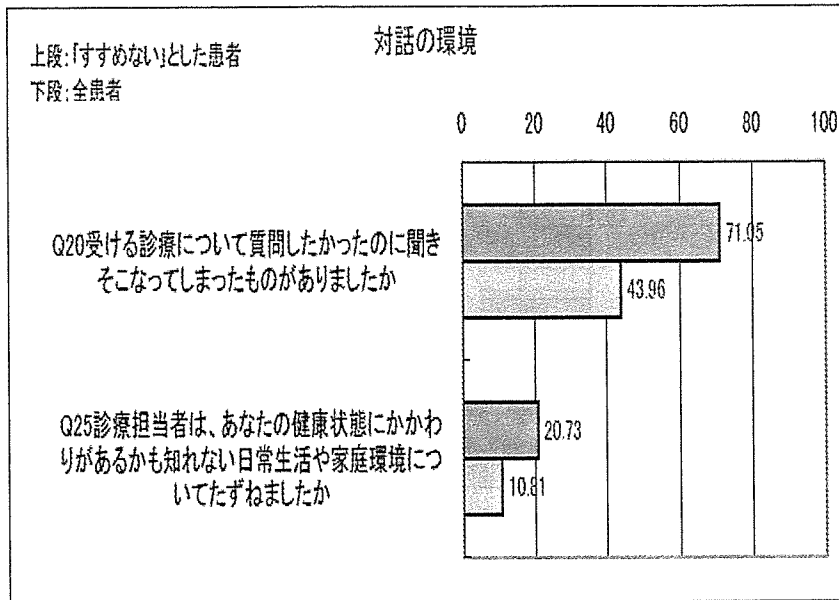


図 8

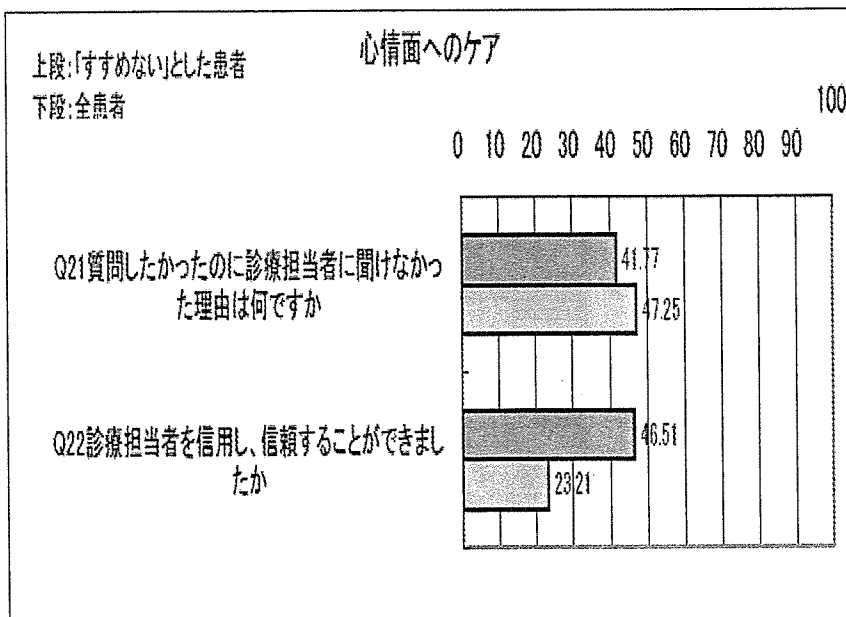


図 9

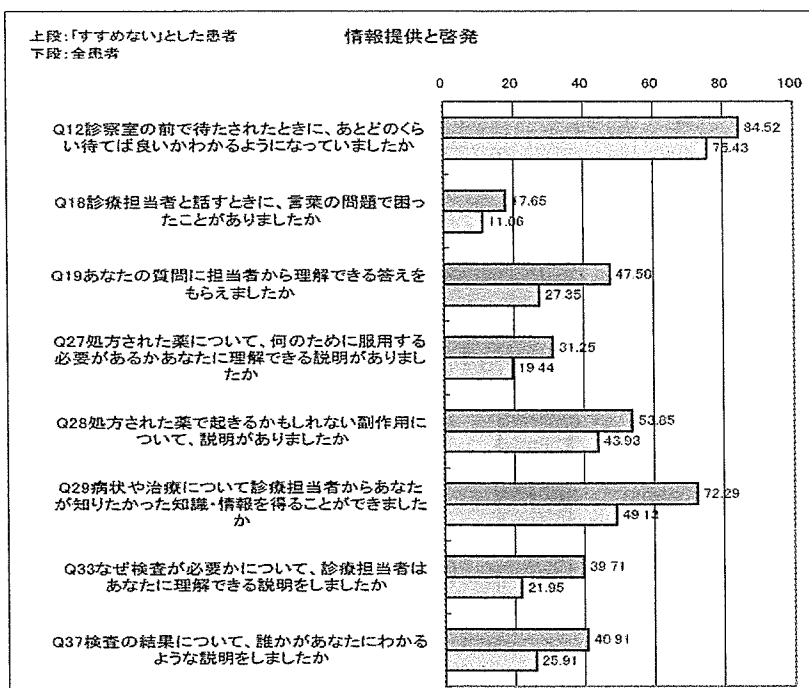


図 10

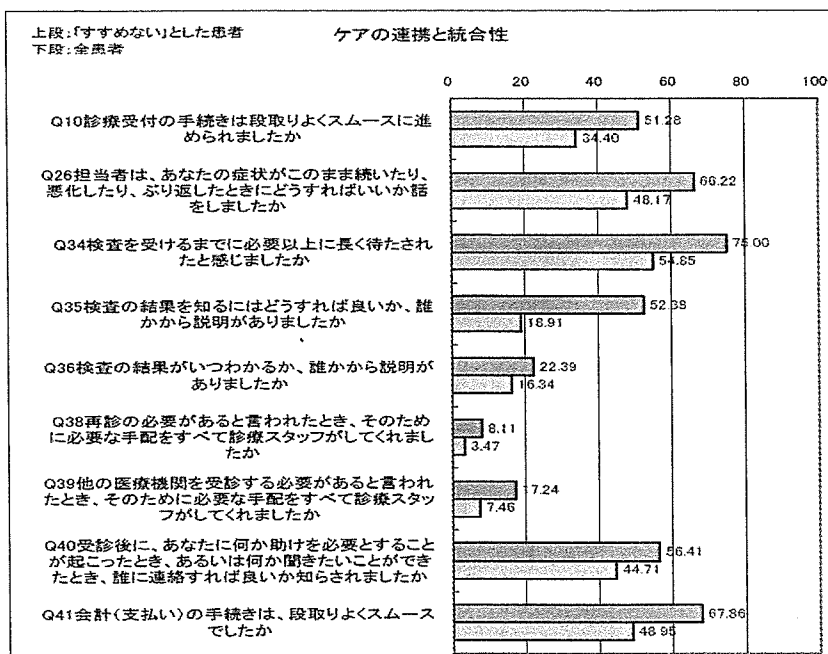


図 11

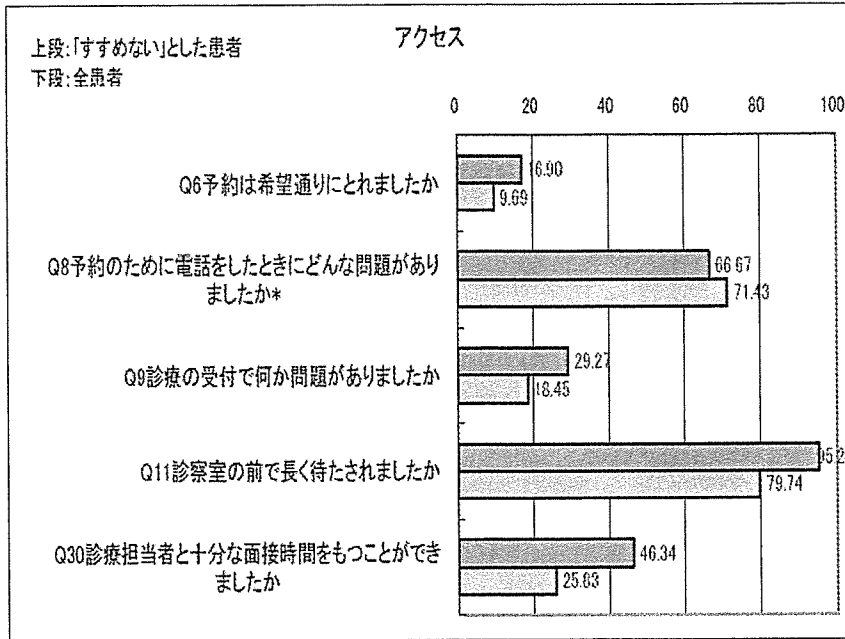


図 12

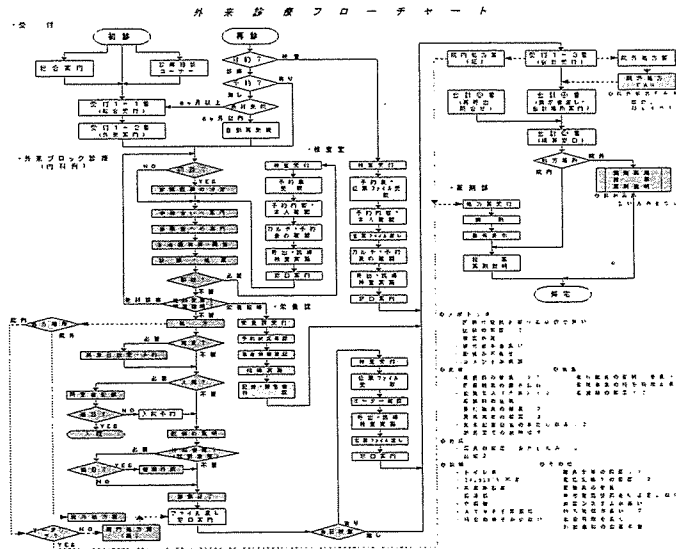
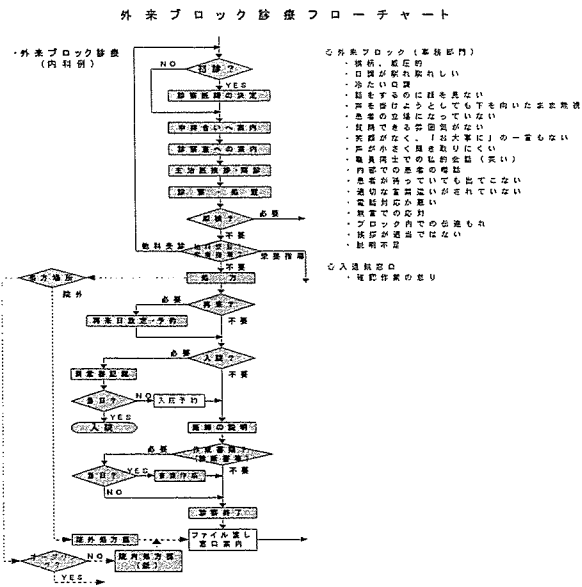


図 13



23

図 14

外来患者経験調査 (2003年9月20日～2004年1月15日)

<改善に関する患者意見>

1	予約システム	27.59%
2	待ち時間の短縮・待合対策	36.21%
3	施設・設備の改善	6.90%
4	従事者の資質・態度	15.52%

26

表 1

No	氏 名	職 名	備 考
1	脇田 久	検査部部长	
2	片山 薫	神経内科部长	
3	石井 隆之	外科部长	
4	谷 吉寛	薬剤部副部长	
5	石渡 祥子	看護部副部长	
6	荒木 真知子	看護師長	
7	池田 由佳	看護師長	
8	中村 潤一	医事一課長	

「経口用液剤シリンジの使用方法的標準化と周知」

成田赤十字病院

石渡祥子（看護部副部長）

1. はじめに

注射用シリンジが、本来の目的である注射薬を注入する以外に使用され、その薬剤が静脈注射ルートに誤注入される事故があとを絶たなかった。平成12年に、厚生労働省の指導により、胃チューブ注入用のシリンジ開発製造が始まった。その結果、病院内には、通常のシリンジ、カラーシリンジ、カテーテルチップ対応シリンジが存在することとなり、使用方法を標準化しなければ逆に事故を招きやすい状況となった。今回、経口用を含めたシリンジの使用方法的標準化に取り組んだ経緯を振り返り報告する。

2. ねらいと目標

各種シリンジを使用するすべての職員がシリンジの種別と使用目的を理解し、定められた使用方法に沿って使用する事ができるようにする。

2. 1. 指標

各種シリンジを使用するすべての職員が、シリンジの種別と使用目的を理解し、定められた使用方法に沿って使用することができる。

3. 取り組みの経過

当院で経口用シリンジの標準化に取り組んだのは、平成12年である。この頃、消毒薬や経口薬を誤って静脈注射してしまい、死亡に至った事故が続いた。また、厚生労働省の指導により、カテーテルチップ型のカラーシリンジの導入が各メーカーで始まり、院内で購入品目や使用方法を統一する必要があった。そこで、院内でのインシデント事例の調査と、注射以外の目的で使用しているシリンジの使用実態の調査を実施した。

1) 当院でのインシデント事例

平成11年度のインシデント事例を検索した結果、注射薬以外の薬剤の誤注入についての事例は1件だった。

＜事例＞抗生物質入りの点滴を、点滴ラインから入れようとして、誤って胸腔ドレーンの三方活栓から点滴をつなごうとした。

2) シリンジの使用状況

病院内の各現場でどのようにシリンジが使用されているか、病棟訪問により実態を調査した。結果、シリンジの使用の現状は以下の通りであった。

- ① 注射薬以外の薬剤、経口剤を注入する目的で、赤シリンジ、緑シリンジ、黄シリンジが使用されていたが、使用基準は各部署で決めていた。
- ② カテーテルチップ対応のシリンジは、50mlのみ浣腸用として使われていた。
- ③ 胃チューブの接続部は、カテーテルチップ対応だったが、ふた代わりに三方活栓を付

けていたため、経口剤の注入は普通のシリンジが使用されていた。

3) 改善課題

1)、2)の現状から、注射薬以外の薬剤が誤注入される危険性が非常に高い状況にあることが分かった。そこで、シリンジの取り扱いや使用の統一について、以下のような改善課題を設定した。

- ①注射薬以外は、カラーシリンジを使用する。
- ②カラーシリンジは、使用目的によって色を統一する。
- ③胃チューブに使用するシリンジは、カテーテルチップ型のシリンジに統一する。
- ④胃チューブは、三方活栓の接続の必要が無いような蓋つきのものに変更する。

4) 改善方法

① 胃チューブの変更

従来、院内で使用されていた胃チューブは、蓋がなく、クレンメなどで逆流を防止していたが、最も多く使用されていたのが三方活栓だった。蓋代わりになることと、経口剤などを注入するときに、シリンジの接続が容易だからである。そこで、カテーテルチップ型のシリンジを接続しやすいよう、胃チューブは蓋つきのものとし、三方活栓の接続の必要をなくした。胃チューブの切り替えに当たっては、各部署の意見を聴取し、使用が多い病棟 2 箇所サンプル使用をした。更に各部署を回り、カテーテルチップ型のシリンジと共に、商品紹介を行った。

② カラーシリンジの色と使用目的を統一

カラーシリンジについては、3色のシリンジが各部署で使用されていたが、色の区別の仕方はバラバラだった。そこで、看護師長会において統一の必要性を説明し、検討した。検討にあたっては、現状の各部署の基準から判断し、大きな変更点がないよう配慮した。また、さまざまな色や形状を用いることは、誤認事故を招く原因であるので、注射できるものとそうでないもの、という区別のみができるようにした。決定した内容を表にして、各部署に配布した。

③ 事故防止マニュアルへの記載

平成 13 年度の事故防止マニュアル改訂の際、カラーシリンジの取り扱い方法について、マニュアルに記載した。

<マニュアル記載内容>

色	用途	具体例
黄色	食事、内服薬注入用	胃チューブからの吸引・注入
赤色	注射目的以外にシリンジを使用するとき	ネブライザー、消毒薬、硬膜外注入など
透明	注射、採血	静脈注射 採血

4. 結果と課題

シリンジ及び胃チューブの変更後、3ヶ月を経過した時点で、各部署の状況をヒヤリングした。特に大きなトラブルはないこと、職員への周知もスムーズであったことなどを確認した。

また、標準化実施後、5年を経過しているが、経口剤などの誤注入などのインシデント・アクシデント報告はない。

今後の課題としては、職員への周知状況について、アンケートや現状調査などを実施し、実態を把握することで、標準化の効果を評価する必要があると考える。

図 1

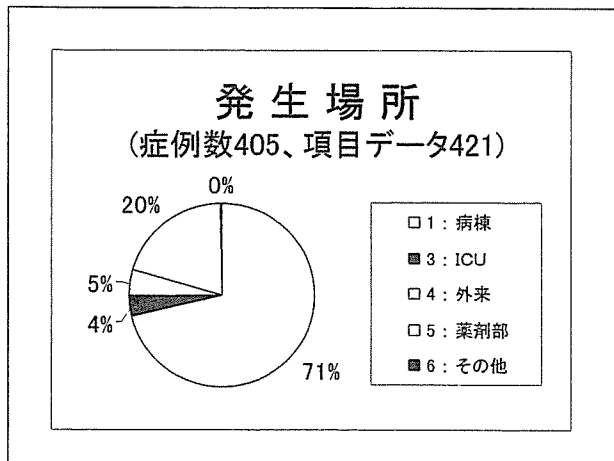


図 2

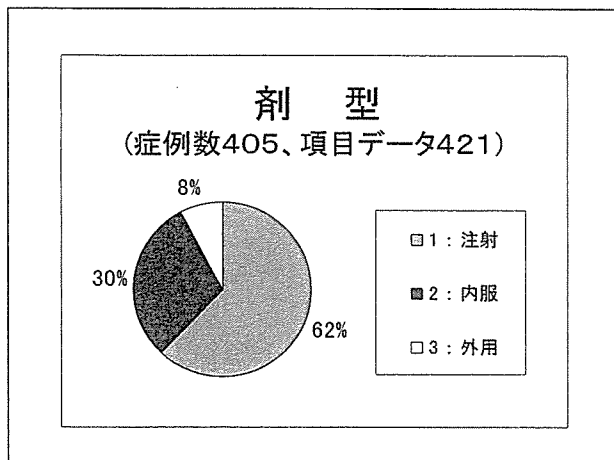


図 3

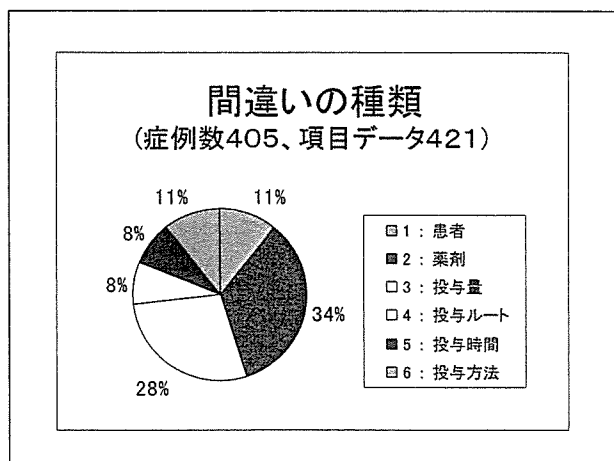


図 4

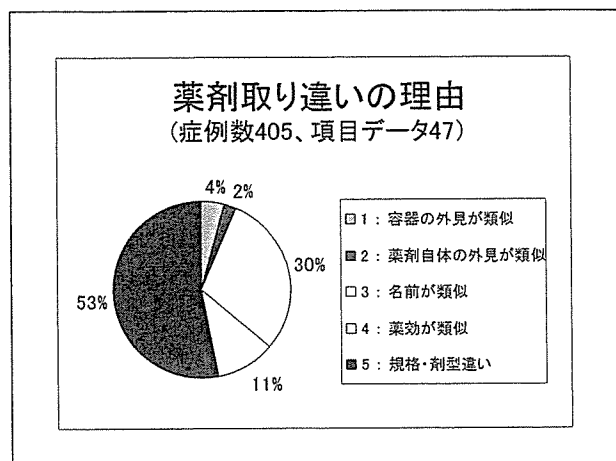


図 5

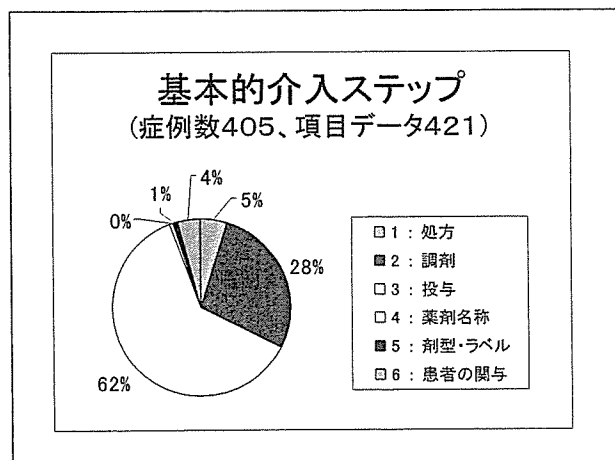


図 6

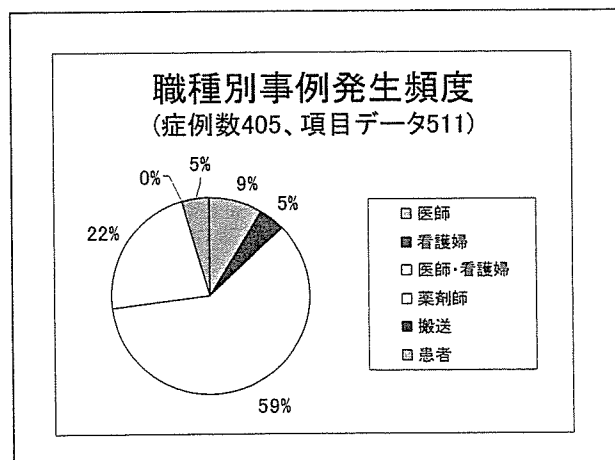


図 7

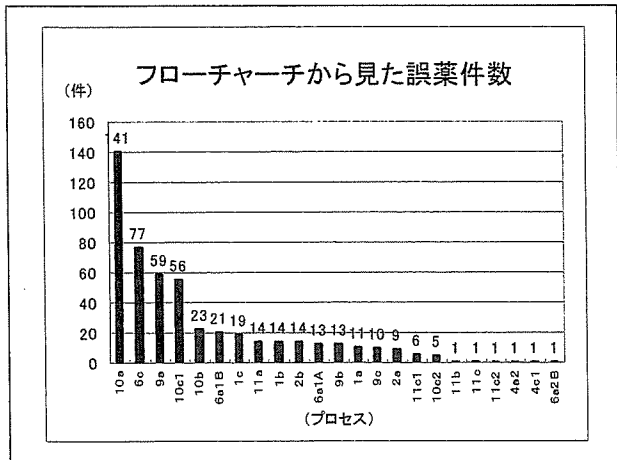


表 1

事例調査 ～わかった事 抜粋～

[調査実施 : 平成13年12月3日～12月14日]
 [データ期間 : 平成12年7月22日～平成13年10月30日]
 [事例報告 : 405件]

1) 発生場所	4) 薬剤取り違いの理由	7) グレード
- 病棟 71%	- 規格・剤型違い 53%	- グレード2 55%
- 薬剤部 20%	- 名前が類似 30%	- グレード1 42%
	- 薬効類似 11%	
2) 剤型	5) 基本的介入ステップ	
- 注射薬 62%	- 投与 62%	
- 内用薬 30%	- 調剤 28%	
- 外用薬 8%	- 処方 5%	
3) 間違いの種類	6) 職種別	
- 薬剤 34%	- 医師・看護師 59%	
- 投与量 28%	- 薬剤師 22%	
- 患者 11%	- 医師 9%	
- 投与方法 11%	- 看護師 5%	
- 投与時間 8%		
- 投与ルート 8%		

表 2

医師基礎調査 ～わかった事 抜粋～ (1/2)

[調査医師 : 30名] [調査期間 : 平成14年3月18日～3月31日]

I. 投与指示		
1. 薬品名の書き方	: 決まっていない	37%
2. 用量・単位の記載方法の原則		
<注射薬>	: 決まっていない	70%
<内服薬>	: 決まっていない	53%
3. 希釈		
希釈に関する指示の書き方	: 決まっていない	73%
希釈方法の統一	: どれも統一されていない	53%
4. 服用指示		
内服薬の服用方法の書き方	: 決まっていない	50%
5. 指示の書き方全般	: 決まっていない	77%

表 3

医師基礎調査 ～わかった事 抜粋～		(2/2)
6. 変更指示		
内服薬・注射薬の指示を変更する場合の書き方	: 決めていない	60%
7. 口頭指示		
口頭指示に関する取り決め	: 決めていない	88%
8. 指示の書き方		
指示の書き方に関するルール	: ない	60%
II. 医薬品情報		
誤って投与されると重篤な障害を生じる可能性のある医薬品のリストの作成	: ない	73%